



O FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL E A BUSCA DA EQÜIDADE

RELATÓRIO TÉCNICO FINAL

SÃO PAULO - BRASIL

SETEMBRO – 2001

PROJETO O FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL E A BUSCA DA EQUIDADE

PESQUISADORES: (*)

LUIZA STERMAN HEIMANN (COORDENADORA)

CARLOS TATO CORTIZO

IRACEMA ESTER DO N. CASTRO

JORGE KAYANO

JUCILENE LEITE DA ROCHA

JULIANA LORDELLO SÍCOLI

PAULO ROBERTO DO NASCIMENTO

ROBERTA CRISTINA BOARETTO

SANDRA M. TROITIÑO RODRIGUEZ

UMBERTO CATARINO PESSOTO

VIRGÍNIA JUNQUEIRA

EQUIPE DE APOIO:

FLAVIANO MANOEL L. DE ARAÚJO

JOSÉ CHAGAS JÚNIOR

TÂNIA REGINA GONÇALVES SILVA

(*) NÚCLEO DE INVESTIGAÇÃO EM SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE DO
INSTITUTO DE SAÚDE - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SP

FINANCIAMENTO: INTERNATIONAL DEVELOPMENT RESEARCH CENTER – CANADÁ

GERÊNCIA FINANCEIRA: REDE DE INVESTIGAÇÃO EM SISTEMAS E SERVIÇOS DE
SAÚDE CONE SUL

SUMÁRIO

Glossário	3
1. Introdução	5
2. Objetivo e Método	6
2.1. Brechas Redutíveis de Mortalidade	12
3. Seleção de Municípios	15
3.1. Os Municípios-Casos	16
3.2. Dados Sócio-Demográficos	16
3.3. Os Sistemas Municipais de Saúde	18
3.3.1. A Rede de Serviços	19
A) Oferta	19
A.1) Ambulatorial	19
A.2) Hospitalar	22
B) Produção	23
B.1) Ambulatorial	23
B.2) Hospitalar	23
3.4. As Respostas dos Sistemas Municipais de Saúde (IRS)	27
3.5. Financiamento do SUS – Alocação de Recursos	31
3.5.1. Gastos Públicos em Saúde	32
3.5.2. Gastos Federais	33
3.5.3. Gastos Federais no Município	34
A) Pagamentos	34
B) Transferências	36
3.5.4. Gastos Estaduais nos Municípios	41
3.5.5. Gastos Municipais	45
4. Conclusões	50
4.1. Modalidade de Gestão	51
4.2. Capacidade de Atendimento	52
4.3. Capacidade de Resposta dos Sistemas Municipais ao Perfil Epidemiológico ..	53
4.4. Financiamento	53
5. Recomendações	55
6. Bibliografia	63
ANEXO	65

GLOSSÁRIO

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
CAPS – Centro de Atenção Psicológica
CID 10 – Classificação Internacional das Doenças – 10ª Revisão
CR\$ - Cruzeiro (moeda brasileira anterior ao Real)
CS – Centros de Saúde
DATASUS - Departamento de Informática do SUS
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICVS – Índice De Condições de Vida e Saúde
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IDI – Índice de Desenvolvimento Infantil
IQVU – Índice de Qualidade de Vida Urbana
IRS – Índice de Respostas do Sistema
MS – Ministério da Saúde
NISIS – Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OPAS – Organização Pan Americana de Saúde
PAM – Posto de Assistência Médica
PNAD – Programa Nacional de Pesquisas Contínuas por Amostra de Domicílios
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PS – Postos de Saúde
PUC-SP – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
R\$ - Real (moeda atual brasileira)
SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SIOPS – Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UF – Unidades da Federação
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
VE – Vigilância Epidemiológica
VS – Vigilância Sanitária
WHO – World Health Organization

UF – Unidades da Federação

Região Norte

AC – Acre

AM – Amazonas

AP – Amapá

PA – Pará

RO – Rondônia

RR – Roraima

TO – Tocantins



Região Nordeste

AL – Alagoas

BA – Bahia

CE – Ceará

MA – Maranhão

PB – Paraíba

PE – Pernambuco

PI – Piauí

RN – Rio Grande do Norte

SE – Sergipe



Região Centro - Oeste

DF – Distrito Federal

GO – Goiás

MS – Mato Grosso do Sul

MT – Mato Grosso



Região Sudeste

ES – Espírito Santo

MG – Minas Gerais

RJ – Rio de Janeiro

SP – São Paulo



Região Sul

PR – Paraná

RS – Rio Grande do Sul

SC – Santa Catarina



RELATÓRIO TÉCNICO FINAL

1. Introdução

Como primeiro passo rumo à apresentação dos resultados alcançados por esta pesquisa, traçaremos um breve resumo da base conceitual adotada pela equipe para tratar do tema da equidade nos mecanismos de alocação de recursos, destinados à estruturação dos sistemas municipais de saúde no SUS. Cabe mencionar que esta discussão conceitual já foi apresentada no corpo do *1º Relatório Técnico* (Dezembro, 2000), que compõe a primeira deste conjunto de mais três partes (*Relatório: Estudo dos Municípios-Casos*; *Relatório: Descrição do Método* e *Relatório Técnico Final*) em que a pesquisa está relatada.

Vale lembrar que a discussão conceitual inicialmente realizada girou em torno dos temas da Equidade e Equidade em Saúde; dos modelos epidemiológicos que orientam a atenção em Saúde e seu potencial redutor de desigualdades; dos instrumentos correntes de avaliação de serviços e sistemas de saúde, orientados pela busca da equidade; da grade de indicadores capazes de dimensionar a situação de condições de vida e saúde, bem como, da resposta do sistema de saúde aos problemas existentes; e dos mecanismos de financiamento do sistema, especificamente a sua dimensão de alocação dos recursos e sua eficiência em promover a equidade.

Partindo-se de uma concepção genérica de Equidade, entendida como o tratamento desigual dos desiguais, resulta que é necessária a interveniência de ações justas (orientadas por um senso de justiça) para dirimir situações histórica e economicamente construídas de modo a segmentar a sociedade. Tomada no plano normativo, a Equidade reúne o conjunto das ações capazes de operar o tratamento desigual dos desiguais. Mas, em termos estratégicos, é necessário reconhecer que a sociedade opera em regime de escassez. Isto coloca uma dificuldade inicial, abordada pelas correntes liberal e utilitarista de pensamento, dificuldade que se expressa nas políticas de garantia da igualdade de oportunidades e de satisfação das necessidades mínimas a todos que as apresentem. Contornar tal problema, proveniente em última instância das manobras derivadas do regime de escassez, exige a busca da eficiência. Entretanto, decidimos pela incorporação dos mecanismos de eficiência nas ações a serem desempenhadas, mas não na própria definição de Justiça Social ou de Equidade.

SUMÁRIO

Descrição dos municípios-casos	03
Acará – Pará	05
Cametá – Pará	15
Análise Comparativa de Acará e Cametá	25
Formoso do Araguaia – Tocantins	29
Paranã – Tocantins	40
Análise Comparativa de Formoso do Araguaia e Paranã	50
Camaragibe – Pernambuco	56
Garanhuns – Pernambuco	71
Análise Comparativa de Camaragibe e Garanhuns	84
Valença – Bahia	95
Porto Seguro – Bahia	104
Análise Comparativa de Valença e Porto Seguro	113
Palmeiras de Goiás – Goiás	117
Itapaci – Goiás	131
Análise Comparativa de Palmeiras de Goiás e Itapaci	145
Iguatemi – Mato Grosso do Sul	152
Nova Andradina – Mato Grosso do Sul	165
Análise Comparativa de Iguatemi e Nova Andradina	178
Campo Belo – Minas Gerais	186
Vespasiano – Minas Gerais	198
Análise Comparativa Campo Belo e Vespasiano	212
São Vicente – São Paulo	218
Bauru – São Paulo	230
Análise Comparativa de São Vicente e Bauru	243
Cornélio Procópio – Paraná	249
Pato Branco – Paraná	263
Análise Comparativa de Cornélio Procópio e Pato Branco	279
Eldorado do Sul – Rio Grande do Sul	286
Santa Rosa – Rio Grande do Sul	295
Análise Comparativa Eldorado do Sul e Santa Rosa	306

DESCRIÇÃO DOS MUNICÍPIOS - CASO

O relatório que se segue trata da descrição dos vinte municípios reunidos por estado da federação e por região brasileira. Os municípios são descritos inicialmente caso a caso seguindo-se uma comparação entre aqueles situados num mesmo estado. Os pontos principais são a análise do desempenho dos sistemas municipais de saúde frente ao quadro de condições de vida e de situação de saúde com ênfase na adequação do financiamento do setor por parte das três esferas de governo.

O mapa abaixo mostra a localização dos municípios- caso.

MAPA DO BRASIL – LOCALIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS SELECIONADOS



ESTADO DO PARÁ
DESCRIÇÃO DOS MUNICÍPIOS
ACARÁ E CAMETÁ

SUMÁRIO

GLOSSÁRIO	5
DESCRIÇÃO DO MÉTODO.....	7
1. Considerações Gerais.....	7
2. Processo de Seleção de Indicadores de Condições de Vida e Saúde.....	10
2.1. Construção do Banco de Dados.....	20
2.1.1. Definição do tamanho da amostra.....	21
2.1.2. Cálculo dos Indicadores e sua Apresentação Gráfica.....	21
2.1.3. Gráficos de Indicadores de Condições de Vida e Saúde.....	21
3. Processo de Seleção de Indicadores de Respostas do Sistema de Saúde.....	31
3.1. Construção do Banco de Dados dos Indicadores de Resposta do Sistema.....	37
3.1.1. Cálculo dos Indicadores e sua Apresentação Gráfica.....	38
3.1.2. Gráficos de Indicadores de Respostas do Sistema.....	38
4. Construção dos Índices Sintéticos de Condições de Vida e Saúde (ICVS) e de Respostas do Sistema (IRS).....	43
4.1. Índice de Condições de Vida e Saúde (ICVS).....	44
4.1.1. Escalonamento Adimensional.....	44
4.1.2. Ponderação dos Indicadores para Construção dos Índices Sintéticos.....	46
4.1.3. Composição dos Indicadores de Condições de Vida e Saúde (ICVS).....	48
4.2. Índice de Respostas às Condições de Vida e Saúde (IRS).....	49
4.2.1. Escalonamento Adimensional.....	50
4.2.2. Ponderação dos Indicadores.....	51
4.2.3. Composição dos Indicadores de Respostas do Sistema às Condições de Vida e Saúde (IRS).....	51
5. As Desigualdades de Condições de Vida.....	53
5.1. As Desigualdades entre os Municípios.....	53

5.2. A Desigualdade em Grupos de Municípios.....	55
6. Procedimentos Metodológicos para o Estudo do Financiamento.....	60
7. Critérios de Seleção dos Municípios-Casos.....	61
7.1. Estudos de Casos.....	66
7.2. Estudo dos 20 municípios-casos.....	67
7.2.1. Capacidade de Atendimento do Sistema Municipal de Saúde.....	68
7.2.2. Capacidade de Resposta dos Sistemas Municipais de Saúde ao Perfil Epidemiológico.....	79
7.2.3. Financiamento.....	83
8. Considerações Finais.....	84
9. Bibliografia.....	85
ANEXO I	87
ANEXO II	90
ANEXO III	92

GLOSSÁRIO

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

CAPS – Centro de Atenção Psicológica

CID 10 – Classificação Internacional das Doenças – 10ª Revisão

CR\$ - Cruzeiro (moeda brasileira anterior ao Real)

CS – Centros de Saúde

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICVS – Índice De Condições de Vida e Saúde

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IDI – Índice de Desenvolvimento Infantil

IQVU – Índice de Qualidade de Vida Urbana

IRS – Índice de Respostas do Sistema

MS – Ministério da Saúde

NISIS – Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

PAM – Posto de Assistência Médica

PNAD – Programa Nacional de Pesquisas Contínuas por Amostra de Domicílios

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PS – Postos de Saúde

PUC-SP – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

R\$ - Real (moeda atual brasileira)

SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

SIOPS – Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UF – Unidades da Federação

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

VE – Vigilância Epidemiológica

VS – Vigilância Sanitária

WHO – World Health Organization

UF – Unidades da Federação
Região Norte

AC – Acre
AM – Amazonas
AP – Amapá
PA – Pará
RO – Rondônia
RR – Roraima
TO – Tocantins



Região Nordeste

AL – Alagoas
BA – Bahia
CE – Ceará
MA – Maranhão
PB – Paraíba
PE – Pernambuco
PI – Piauí
RN – Rio Grande do Norte
SE – Sergipe



Região Centro - Oeste

DF – Distrito Federal
GO – Goiás
MS – Mato Grosso do Sul
MT – Mato Grosso



Região Sudeste

ES – Espírito Santo
MG – Minas Gerais
RJ – Rio de Janeiro
SP – São Paulo



Região Sul

PR – Paraná
RS – Rio Grande do Sul
SC – Santa Catarina



DESCRIÇÃO DO MÉTODO

1. Considerações Gerais

O objeto de investigação aqui delimitado é, essencialmente, um objeto complexo. Trata-se de verificar a maneira como um componente da política de saúde nacional – o financiamento do SUS – altera a realidade local no âmbito dos sistemas municipais de saúde.

E se o objeto de investigação constitui-se na complexidade é porque sua definição, contornos, dimensões e expressão na realidade também o são. Neste contexto, nos confrontamos com o primeiro problema metodológico da pesquisa, dado que tratar estatisticamente a diversidade geralmente significa reduzi-la à homogeneidade, aspecto próprio às posturas que buscam generalizações.

Assim, a opção pelo **estudo de caso** permite apreender a complexidade do singular sem a pretensa generalização dos resultados. Optamos por estudos em profundidade através da seleção de *municípios-casos* sem renunciar, no entanto, à **triangulação metodológica** através da construção de uma **matriz de dados** que procurasse representar o processo em andamento, com seus paradoxos e contradições, dialético.

Ao adotarmos enfoque qualitativo por meio de estudo de casos, nos deparamos com uma outra questão técnico-metodológica: num universo de 5.507 municípios, quais seriam os critérios adotados para a seleção dos casos? É evidente que os **critérios** de seleção dos casos são merecedores, por si, de amplos exercícios de reflexão. Por exemplo: uma vez que não buscávamos, a qualquer custo, critérios classificatórios que atendessem - e ordenassem - nossos objetivos, esta questão metodológica deveria ser trabalhada, portanto, na própria caminhada, no decorrer da investigação.

A necessidade de "refinamentos metodológicos" durante o processo de investigação não é incomum em investigações de natureza qualitativa (Alves-Mazzotti e Gewandsznajder, 2000). Ao contrário, se se admite que a realidade seja histórico-socialmente construída, tanto sua expressão quanto sua apreensão somente podem ser buscadas em sua síntese, isto é, como sendo múltipla e una; geral e específica, estrutural e situacional.